

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1895

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 31 janvier 1895, à 1 heure.*

Par LOUIS DE GAULEJAC

Né à Agen (Lot-et-Garonne), le 15 février 1869

---

DES  
KYSTES SÉBACÉS  
LEUR TRAITEMENT

---

*Président : M. GUYON, professeur.*

*Juges : MM. PANAS, professeur.*

BRUN,

POIRIER,

} *agregés.*

---

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—  
1895



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1895

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 31 janvier 1895, à 1 heure.*

Par LOUIS DE GAULEJAC

Né à Agen (Lot-et-Garonne), le 15 février 1869

---

DES  
KYSTES SÉBACÉS  
LEUR TRAITEMENT

---

*Président : M. GUYON, professeur.*

*Juges : MM. PANAS, professeur.*

BRUN,  
POIRIER, } *agregés.*

---

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                    |                |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| Doyen.....                                                         | M. BROUARDEL.  |
| Professeurs.....                                                   | MM.            |
| Anatomie.....                                                      | FARABEUF.      |
| Physiologie.....                                                   | Ch. RICHET.    |
| Physique médicale.....                                             | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale.....                                   | BAILLON.       |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.....                                           | { DIEULAFOY.   |
|                                                                    | { DEBOVE.      |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | LANNELONGUE.   |
| Anatomie pathologique.....                                         | CORNIL.        |
| Histologie.....                                                    | MATHIAS DUVAL. |
| Opérations et appareils.....                                       | TERRIER.       |
| Pharmacologie.....                                                 | POUCHET.       |
| Thérapeutique et matière médicale.....                             | LANDOUZY.      |
| Hygiène.....                                                       | PROUST.        |
| Médecine légale.....                                               | BROUARDEL.     |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | LABOULBENE.    |
| Pathologie comparée et expérimentale.....                          | STRAUS.        |
|                                                                    | { SÉE (G.).    |
| Clinique médicale.....                                             | { POTAIN.      |
|                                                                    | { JACCOUD.     |
|                                                                    | { HAYEM.       |
| Clinique des maladies des enfants.....                             | GRANCHER.      |
| Clinique des maladies syphilitiques.....                           | FOURNIER.      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... | JOFFROY.       |
| Clinique des maladies nerveuses.....                               | RAYMOND.       |
|                                                                    | { DUPLAY.      |
| Clinique chirurgicale.....                                         | { LE DENTU.    |
|                                                                    | { TILLAUX.     |
|                                                                    | { BERGER.      |
| Clinique ophtalmologique.....                                      | PANAS.         |
| Clinique des voies urinaires.....                                  | GUYON.         |
| Clinique d'accouchements.....                                      | { TARNIER.     |
|                                                                    | { PINARD.      |

*Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL*

## Agrégés en exercice

| MM.          | MM.         | MM.                    | MM.        |
|--------------|-------------|------------------------|------------|
| ALBARRAN.    | DELBET.     | MARFAN.                | REITTERER. |
| ANDRÉ.       | FAUCONNIER. | MARIE.                 | RICARD.    |
| BALLET.      | GAUCHER.    | MAYGRIER.              | ROGER.     |
| BAR.         | GILBERT.    | MENETRIER.             | SCHWARTZ.  |
| BRISSAUD.    | GLEY.       | NÉLATON.               | SEBILEAU.  |
| BRUN.        | HEIM.       | NETTER.                | TUFFIER.   |
| CHANTEMESSE. | JALAGUIER.  | POIRIER, Chef des tra- | VARNIER.   |
| CHARRIN.     | LEJARS.     | vaux anatomiques.      | VILLEJEAN. |
| CHAUFFARD    | LETULLE.    | QUÉNU.                 | WEISS.     |
| DÉJÉRINE.    |             |                        |            |

*Secrétaire de la Faculté : M. PUFIN.*

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR A. DE GAULEJAC

A MA MÈRE

MEIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
M. LE PROFESSEUR GUYON  
MEMBRE DE L'INSTITUT

DES  
KYSTES SÉBACÉS  
LEUR TRAITEMENT

---

INTRODUCTION

Il est banal aujourd'hui de vanter les bienfaits de l'antisepsie: Comme les idées fécondes en résultats pratiques, les découvertes de Pasteur ont pénétré partout et sans l'histoire de la médecine, les jeunes générations médicales ne comprendraient pas l'hésitation des chirurgiens les plus illustres, obligés de pratiquer une incision.

L'étude du traitement des kystes sébacés est à ce point de vue pleine d'intérêt. Lorsque la loupe siégeait au crâne, il était autrefois difficile de décider le chirurgien et le malade à une ablation par le bistouri. Les chirurgiens reconnaissaient fort bien l'excellence de cette méthode mais des accidents graves souvent mortels les avaient détournés de l'intervention sanglante et le malade, très souvent renseigné sur le danger qu'il courait, préférait garder sa tumeur ou ne la faire disparaître, qu'en employant des moyens que nous devons aujourd'hui rejeter.

C'est sur les conseils de M. J. Lucas Championnière, que nous avons entrepris ce travail, sur le traitement des kystes sébacés. Nous n'avons pas la prétention d'ajouter quelque chose de nouveau à tout ce qui a été écrit sur les kystes sébacés, nous avons voulu en faisant un historique, aussi complet que possible de cette question, montrer quels efforts ont fait les vieux chirurgiens pour arriver à un traitement satisfaisant. Malgré le peu d'importance de l'opération et les garanties qu'offraient les nouvelles méthodes antiseptiques, ce n'est que peu à peu, que les chirurgiens nous ont enseigné le traitement actuel : l'extirpation au bistouri.

M. Tillaux (1) écrivait en effet, à une date bien peu éloignée, en 1888, que les grosses loupes ne devaient point s'enlever au bistouri, mais disparaître par des applications successives de caustique.

Avant d'exposer les traitements des kystes sébacés, nous indiquerons en quelques pages, leur étiologie, leur anatomie pathologique, leurs symptômes, leur diagnostic. Le pronostic nous amènera tout naturellement à parler du traitement.

Faisant dans cette dernière partie une part assez large, à la description des traitements anciens et modernes ; nous terminerons par une courte étude du traitement qui nous a paru le plus rationnel. A ce propos, nous indiquerons les moyens les plus sûrs et les plus simples de nettoyer la peau, du malade et de l'anesthésier.

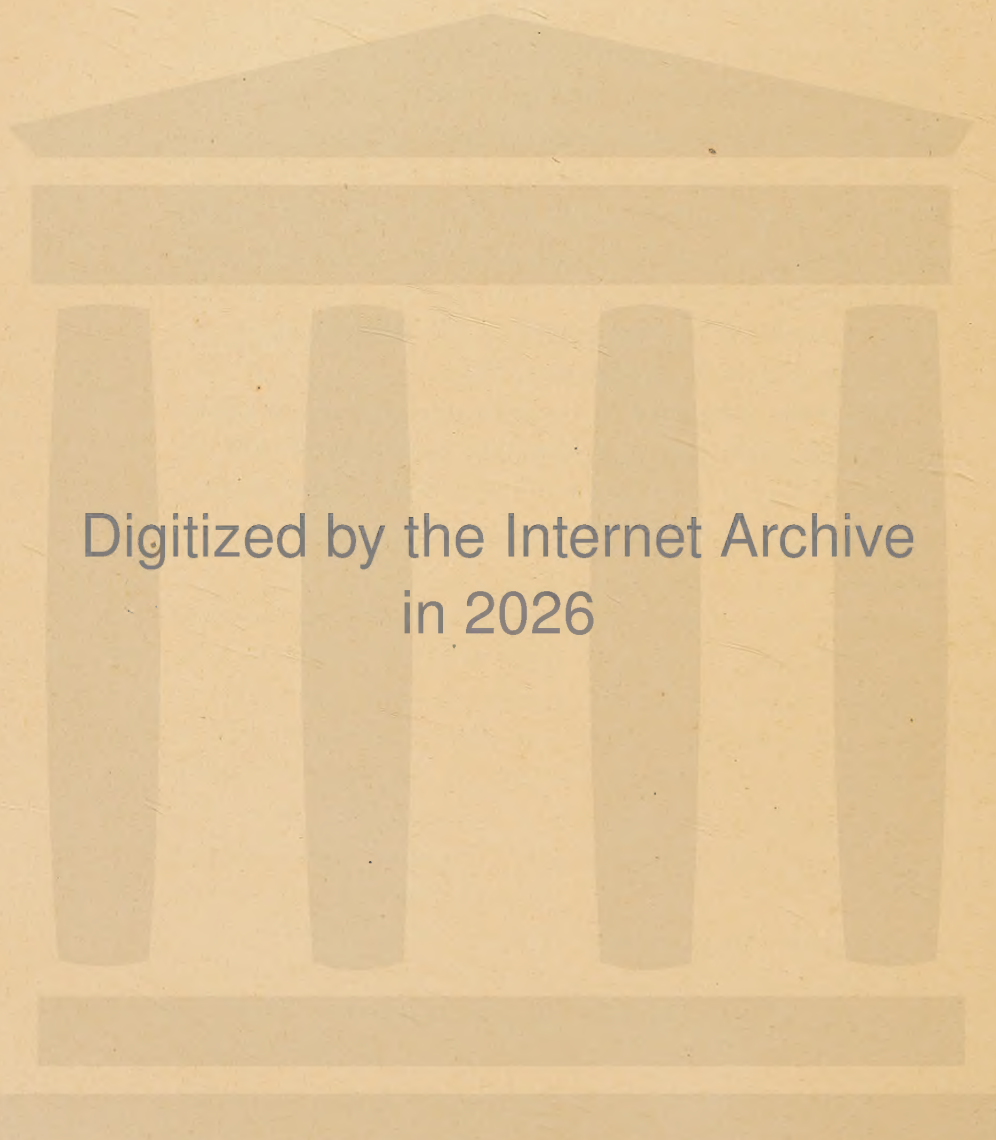
L'anesthésie locale triomphe dans ces petites opérations ; les moyens d'insensibiliser le champ opératoire sont très nombreux, nous insisterons sur celui qui compte à son actif le plus de succès.

(1) TILLAUD, *Chirurgie clinique*, 1888.

La question du pansement à appliquer sur ces courtes incisions nous a paru importante. Nous étudierons, s'il est nécessaire de faire ainsi que l'écrivait Roux de Lausanne « un emballage coûteux et encombrant de la région opérée » ou si une simple application de quelques morceaux de gaze antiseptique suffira pour assurer une prompte guérison.

Qu'il nous soit permis avant de commencer cette étude de remercier tous les maîtres qui ont bien voulu nous guider dans l'étude de la médecine. Je n'oublierai jamais les premières leçons de mon regretté père, et celles que j'ai reçues dans les années d'externat auprès de M. Dumontpallier, de M. Brissaud et de M. le professeur Debove.

Nous remercions enfin M. Lucas Championnière qui a bien voulu nous guider dans la préparation de cette thèse et M. le professeur Guyon qui a bien voulu en accepter la présidence.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41553820\\_0077](https://archive.org/details/IA41553820_0077)

### Définition.

Les anciens traités confondent sous le nom de loupes, les kystes sébacés et une foule de tumeurs qui n'ont que la bénignité de commune avec les kystes sébacés. Ils divisaient les loupes, d'après leur consistance en athérome, en stéatome et en mélécérus. Le microscope a eu raison de cette grossière classification et l'on doit aujourd'hui définir les kystes sébacés « des tumeurs de consistance et d'aspect très variables formées par une poche que remplissent des cellules épidermiques et des matières grasses en proportion très variable » (1).

Les kystes sébacés sont appelés loupes surtout lorsqu'ils siègent au crâne, tannes lorsqu'ils siègent en un autre point du corps. Les anciens les appelaient testudo ou talpa en raison de leur forme.

D'après leur volume, on les a appelés comédons, milium ou grutum, tannes et loupes.

(1) DUPLAY et RECLUS, *Traité de chirurgie*.

## Étiologie.

Les causes sont peu connues. Un traumatisme léger mais souvent répété a été mis en cause, tel qu'un frottement par les bretelles, le bord du chapeau. Les kystes sébacés apparaissent quelquefois après des maladies de la peau et du cuir chevelu. Eczéma séborrhéique, érysipèle. Certaines personnes paraissent y être spécialement prédisposées, car il est rare de trouver un kyste sébacé unique. Lebert (1) rapporte le cas d'un cuisinier du Val-de-Grâce qui avait vu en douze ans une centaine de kystes sébacés se développer sur divers points du corps. Leur volume variait de celui d'une noisette à celui d'une petite noix.

Lutz signale dans sa thèse le cas d'un homme dont tout le corps était couvert de tannes. Tous les follicules sébacés étaient pour ainsi dire transformés en petites tumeurs.

L'hérédité a été niée par Tripier, elle semble prouvée au contraire par les observations de Cooper, de Boyer, de Zeis. Pour Puget, elle semble intervenir dans la majorité des cas ; Follin avait soutenu la même opinion.

Rognetta (2) a publié une observation où la grossesse paraissait avoir eu une certaine influence. La malade portait une douzaine de loupes, dont l'apparition coïncidait avec l'évolution d'une grossesse. Quand la femme cessa de devenir enceinte, il ne se développa plus aucune loupe.

(1) LUTZ, Th. Paris, 1860, *Traité d'anatomie pathologique*.

(2) ROGNETTA, *Revue médicale de Paris*, 1833.

Pour les anciens la goutte et le rhumatisme avaient une grande influence ; nous devons voir dans cette opinion, l'indication d'un traitement général, préconisé autrefois.

Les hommes paraissent y être plus sujets que les femmes. D'après Burns le maximum de fréquence serait entre 20 et 40 ans.

Ils sont très rares chez les enfants et subissent une poussée au moment de la puberté.

SIÈGE. — On peut les trouver dans la peau ou dans le tissu sous-cutané et même dans les couches sous-aponévrotiques. Ils ont cependant des sièges de prédilection. La statistique très complète de M. le professeur Terrier à l'hôpital Bichat nous permet de voir que sur 39 cas opérés en 1893, à la consultation externe :

19 appartenaient au cuir chevelu ;

1 à la région temporale ;

1 à la région sous-auriculaire ;

11 à la joue ;

7 au cou et à la nuque ;

1 à la région sous-maxillaire ;

Donc plus de la moitié des kystes se trouvent au cuir chevelu, où ils comptent parmi les tumeurs les plus fréquentes.

Pour 19 kystes sébacés nous ne trouvons qu'un papillome, 1 angiome, 2 lipomes et 1 kyste dermoïde.

A la face, les kystes sébacés ne viennent qu'après les épithéliomas, mais sont bien plus fréquents que les lipomes et les kystes dermoïdes.

Les kystes des parties génitales, scrotum, pubis, grandes lèvres, sont assez souvent rencontrés. Quant aux kystes sébacés siégeant au dos et à la poitrine, ils sont très fréquents

aussi ; mais sont rarement signalés par les malades. Ne produisant aucune gêne et cachés par les vêtements, ce n'est qu'exceptionnellement que les malades viennent réclamer leur ablation.

Les kystes sébacés de la paume des mains et de la plante des pieds sont excessivement rares.

En étudiant les localisations des kystes sébacés, il est intéressant de constater qu'elles coïncident exactement avec les régions où la sécrétion séborrhéique normale est la plus abondante. Ces régions ont été nettement délimitées par M. Arnoz de Bordeaux, grâce à un procédé ingénieux basé sur les propriétés giratoires du camphre en présence de la graisse.

D'après cet auteur, le crâne et la face sont les deux régions où la graisse est la plus abondante : 60 0/0 des kystes sébacés.

Après le crâne et la face, les régions les plus riches en matière grasse sont limitées en arrière, à la nuque et à un triangle dorsal, ou plus exactement à toute la peau qui correspond aux insertions du muscle trapèze. En avant cette région grasse forme aussi un triangle symétrique du précédent et le rejoignant par dessus les épaules.

Le pubis, le scrotum, les grandes lèvres présentent aussi une grande quantité de matières grasses.

Par contre on n'en décèle pas à la paume de la main et à la plante des pieds.

Les loupes du cuir chevelu s'observent principalement chez les personnes à cheveux grêles et secs.

Les chauves ne sont pas épargnés.

## Anatomie pathologique.

Les kystes sébacés se présentent sous trois formes.

1° Le *grain de mil* ou milium palpébral (Cruveilhier), accumulation d'épidermè dans le follicule d'un poil follet.

2° Les *comédons* formés par rétention du sébum dans les follicules pileux. Les comédons forment une saillie dont l'orifice est ouvert. Une pression plus ou moins forte, fait sortir le contenu mélange de liquide sébacé et de *Demodex folliculorum*.

3° Les loupes nous présentent à étudier : une enveloppe kystique et un contenu. L'enveloppe kystique décrite par Cornil et Ranvier est située dans le tissu sous-cutané. Sa surface est lisse. Elle est formée de « cellules aplaties de tissu conjonctif. Ces cellules se disposent en lames parallèles, formant un tissu comparable à la tunique interne des vaisseaux.

« A sa face interne, il existe un revêtement d'épithélium pavimenteux stratifié qui subit une évolution semblable à celle qu'on observe dans les glandes sébacées.

« Les cellules épithéliales en contact avec la paroi, possèdent des noyaux volumineux entourés d'une faible quantité de protoplasma ; c'est probablement dans ce point que se forment incessamment les cellules nouvelles. Puis les cellules s'agrandissent et deviennent franchement pavimenteuses ; bientôt elles perdent leur noyau qui disparaît par atrophie ; et se remplissent de gouttelettes graisseuses.

« Elles se détachent de la paroi du kyste et forment une

coque constituée par un tissu blanchâtre légèrement translucide presque cartilaginiforme (1) ».

Le contenu des kystes sébacés a servi de base à une classification de ces tumeurs. Pujo dans sa thèse sur les kystes des paupières et leur traitement, a étudié le contenu des kystes et les divise d'après cet examen : en kystes contenant de la matière sébacée proprement dite, mélange de graisse et de cellules épidermiques. Le contenu est alors jaune blanchâtre, onctueux, il est formé de cellules épithéliales, polyédriques et sphéroïdales, sans noyau, transparentes et remplies de gouttes d'huile ; 2° de grumeaux graisseux et de gouttelettes libres ; 3° de cristaux d'acide margarique et de cholestérine. La fluidité varie selon la proportion de ces divers éléments, nous avons affaire au mélicéris ou au stéatome. Le stéatome ne serait formé que de cellules épidermiques imbriquées (Robin).

Dans un deuxième groupe, on doit ranger les kystes sébacés ayant subi une transformation pierreuse ou calculeuse. Leur contenu peut être entièrement calcifié, ne former qu'une seule masse ou présenter un noyau dur, entouré de matières sébacées fluides.

Les formes pileuses ou pilo-sébacées dans lesquelles on rencontre des poils follets insérés sur la paroi, doivent être rangées nettement, dans la classe des kystes dermoïdes. La matière graisseuse peut se dédoubler en acide stéarique, en margarine et cholestérine.

Souvent les kystes sébacés sont habités par une arachnide, le *Demodex folliculorum*. D'après Moquin Tandon (2),

(1) CORNIL et RANVIER, *Histologie pathologique*, t. I.

(2) MOQUIN TANDON, *Zoologie médicale*.

ce petit animal est gris-blanc, demi-transparent long de un à trois dixièmes de millimètre. La tête est formée de deux pulpes latéraux et d'un suçoir. Le thorax porte quatre paires de pattes courtes coniques, formées de trois articles dont le dernier porte trois crochets, un long et deux plus courts. L'abdomen est mou et un peu aplati. Le Demodex existe dans les deux sexes, à tout âge, excepté chez les très jeunes enfants. Deux ou trois fois sur dix personnes ces animaux se tiennent dans l'axe du follicule, la tête tournée contre le fond du sac et vivent en petite société. On en trouve jusqu'à 15 et 18 dans le même follicule. Pour se les procurer, il suffit de presser entre les doigts, les parties qui en sont affectées et d'examiner la substance que l'on fait sortir au microscope.

La peau qui recouvre la tumeur subit un certain nombre de phénomènes résultant de la compression des éléments anatomiques. Les poils s'atrophient et finissent par disparaître. Le derme est aminci, ses papilles sont aplaties, et la couche de tissu sous-cutané disparaît au-dessous du kyste sébacé.

On voit souvent à la surface de la tumeur le point noir signalé pour la première fois par Cruveilhier en 1816. Ce point est l'orifice d'un canal d'excrétion ; quand il existe, on peut voir la loupe se vider entièrement grâce à une pression plus ou moins forte.

Les loupes s'ulcèrent souvent. Cette ulcération qui n'a aucune tendance à s'étendre laisse échapper le contenu de la tumeur et permet à un stylet de pénétrer dans la poche kystique.

La loupe peut-elle se transformer en épithélium ?

Les anciens le croyaient, Broca le nie. Avec la plupart des auteurs modernes, on peut dire qu'un kyste sébacé peut plus facilement devenir l'origine d'un épithélium qu'une glande sébacée normale.

Le fait est survenu sur des loupes laissées longtemps fistuleuses. Franke en a réuni 18 observations. Chassaignac, Rouget, Bourgeois de Berne ont signalé des cas de transformation incontestables. M. Broca a recueilli une observation avec examen histologique dans le service de M. le professeur Verneuil.

## Pathogénie.

Les anciens rangeaient les kystes sébacés dans les tumeurs formées par accumulation de la pituite.

En 1651, après la découverte des vaisseaux lymphatiques, la lymphe remplit le rôle de la pituite et Astruc essaya de ranger les loupes dans les tumeurs kystiques et remplies de lymphe.

P. Broca (1) range les kystes sébacés dans son quatrième type de kystes progènes : *Cavité préexistante accidentellement close et naturellement douée de la propriété de sécrétion.*

Ce sont des kystes par rétention.

Cette théorie avait déjà été soutenue par Boërhaave, Van Swieten, Béclard père. Au début du siècle, Bichat, Meckel, Broussais, Dzondi l'avaient combattue et faisait de la loupe un épanchement enkysté dans les cellules du tissu conjonctif enflammé.

Pour Broca, ils ont comme point de départ « l'obstruction ou l'oblitération d'un conduit ou d'un orifice traversé par un produit de sécrétion. Par suite de cet accident, le produit de sécrétion ne pouvant plus s'écouler, s'accumule au-dessus de l'obstacle et donne lieu à une dilatation ».

Cette théorie a été défendue par Ribbentrop, Lebert, G. Simon, Bærensprung, etc. Pour ces auteurs la série est continue, la loupe est la même lésion que le milium et le comédon; le volume seul diffère.

(1) P. BROCA, *Traité des tumeurs.*

Comment se fait l'oblitération ?

Pour Broca, il y a au début simple obstruction qui est suivie d'oblitération véritable.

Il est probable que cette oblitération procède de la profondeur vers la surface et quelle est due à l'hypertrophie dermique et épidermique dont la membrane interne devient le siège. Le goulot glandulaire se retient de plus en plus et finit par ne plus communiquer avec la glande.

Le siège des kystes est toujours dans la glande sébacée, ce siège ne peut être mis en doute, écrit Broca.

Pour d'autres auteurs, la rétention a lieu dans le follicule pileux ou bien à la fois dans le follicule pileux et dans la glande sébacée. Virchow et Lebert soutiennent que la glande sébacée reste saine, mais sa sécrétion s'accumule dans le follicule pileux et tout particulièrement dans le fond qui devient kystique. Cette opinion serait prouvée par les faits suivants. Au crâne, où le follicule pileux est très long et très développé le kyste sébacé deviendrait rapidement sous-cutané et l'on retrouverait un tractus blanchâtre et fibreux formant pédicule et reliant la tumeur à la peau. Dans les autres régions du corps où le poil est moins volumineux, presque atrophié, le kyste sébacé restera intra-cutané.

Cette opinion a été combattue par Walther, Zeis, Paget, Wernser, Hartmann et Franke qui s'appuient sur la possibilité de kystes sébacés dans les points où il n'y a pas de glandes sébacées.

Franke (1) affirme que l'on doit rattacher les loupes du cuir chevelu et celles des autres régions aux kystes dermoï-

(1) FRANKE, Ueber das Atherom, *Arch. f. klin. Chir.*, 1886-87.

dès. Le mot avait déjà été écrit par Broca, qui confond sous une même appellation les kystes dermoïdes et les kystes sébacés.

Pour Franke, la cause de la rétention est une invagination épidermique aberrante datant de la vie fœtale. Cette explication, plausible pour les kystes qui n'ont pas à un moment de leur évolution présenté un point noir, semble peu probable pour ceux qui présentent cet orifice.

La question n'est point encore résolue.

### Symptômes et marche.

Les kystes sébacés se présentent le plus souvent sous forme de tumeurs arrondies, faisant une saillie aplatie, d'où la dénomination des anciens qui les appelaient *testudo* ou *talpa*. Ils sont bien plus saillants au cuir chevelu que dans toute autre partie du corps, à cause de la résistance, qu'offrent les parois du crâne qui empêchent la loupe, de se loger dans la profondeur.

Lorsque les loupes deviennent volumineuses, elles prennent une forme hémisphérique.

La peau qui recouvre la tumeur, ne présente pas de modifications bien sensibles. Sa coloration reste normale, mais les cheveux ou les poils qui recouvrent la tumeur sont clairsemés.

Cette apparence est due à deux causes : les follicules pileux sont écartés par la distension de la peau et au bout de quelque temps, les bulbes pileux plus ou moins comprimés, finissent par s'atrophier et disparaître. Sur les tannes, il n'est pas rare de voir un point noir, orifice du kyste sébacé. Cet orifice est généralement coloré en noir par la crasse qui s'y accumule. Une pression plus ou moins forte de la tumeur permet à la matière sébacée de s'échapper par le point noir. C'est Astley Cooper qui a, dit-on, le premier attiré l'attention sur ce fait, il était porteur d'une tanne qu'il vidait ainsi périodiquement. Cruveilhier avait en 1816 signalé cette particularité.

Les loupes du cuir chevelu ne présentent généralement

pas de point noir ; il faudrait avec Franke, donner à ces tumeurs une origine embryonnaire et les classer dans les kystes dermoïdes.

Par la palpation, on se rend bien compte de la forme sphéroïdale de la tumeur. Au début, la tumeur est facile à déplacer, plus tard, lorsque elle est devenue plus volumineuse, la peau lisse et distendue, la maintient assez fortement, sur les plans profonds.

La peau glisse sur la tumeur, du moins, pour les kystes sébacés du crâne qui sont nettement et dès le début sous-cutanées. Sur le reste du corps les tannes paraissent intra-cutanées, ce n'est qu'en augmentant de volume qu'elle se logent dans le tissu cellulaire sous-cutané et acquièrent plus de mobilité.

Nous avons vu, au chapitre de l'anatomie pathologique, que ces données fournies par la palpation avaient été utilisées pour assigner au kyste sébacé son origine dans le fond des follicules pileux.

La consistance du kyste est des plus variables. Nous ne pouvons que répéter ici la vieille classification : mélicéris, athérome, stéatome, kyste sébacé calcifié. Nous aurons tous les degrés de consistance depuis la fluctuation dans les kystes à contenu huileux jusqu'à la dureté pierreuse, dans les kystes calcifiés. La région où l'on observe le kyste varie aussi avec la consistance. Les loupes du cuir chevelu paraissent plus consistantes que les tannes. Cela serait dû à la compression permanente de la loupe, entre les os et la peau si épaisse du crâne.

Quelquefois, disent les auteurs, ces loupes dures du crâne ont pu creuser une fossette sur les parois de la voûte crânienne.

Le fait doit être mis en doute, pour les tumeurs qui n'ont pas subi la dégénérescence cancéreuse.

On trouve dans la littérature médicale, la description de loupes présentant un volume considérable. Rien n'est plus variable que le volume d'un kyste sébacé ; certains sont reconnus lorsqu'ils ne sont guère plus gros qu'un pois ; le plus souvent, les malades ne s'inquiètent et ne demandent à être débarrassés de leur tumeur que lorsque le kyste est gros comme une noix.

Heurtaux signale une loupe dont la circonférence mesurait 34 centimètres.

A. Cooper en a observé une qui était grosse comme une noix de coco. Cette tumeur empêchait le malade de se couvrir et lui donnait un aspect grotesque. Les exemples de kystes sébacés gros comme une tête d'enfant, ne sont pas rares. Hebra, Lebert (1) et Vidal en citent plusieurs.

Nægelé a enlevé un kyste sébacé, gros comme les deux poings qui s'étendait de l'apophyse mastoïde à la clavicule (2).

Les kystes sébacés sont rarement uniques : l'examen d'un malade porteur d'une loupe, permet presque toujours d'en découvrir un certain nombre, surtout lorsqu'il s'agit d'une loupe de la tête ou du scrotum.

Lebert en signale 12 chez un cuisinier du Val-de-Grâce, Vogel a vu 150 de ces tumeurs sur le scrotum d'un individu et Bœrensprung rapporte l'histoire d'un homme dont le nez portait, depuis la racine une telle quantité de petites tumeurs sébacées, que réunies en masse, elles pendaient sur la bouche et empêchaient l'émission de la parole.

(1) LEBERT, *Traité d'anatomie path.*, t. 4, p. 109.

(2) BROCA, *Traité de chirurgie*, t. 1.

D'après la plupart des auteurs, les kystes sébacés n'ont pas de signes fonctionnels. La compression des troncs nerveux ne pouvait être efficace en raison de la lascité de la peau. M. Verneuil a signalé un cas de loupes avec accidents douloureux.

Les kystes se développent très lentement, nous avons déjà signalé le cas de Rognetta, où des loupes se développèrent à chaque grossesse. Dans la thèse de Grenelle on trouve l'observation d'un étudiant en médecine dont la loupe restée stationnaire pendant deux mois prit un accroissement très rapide après une marche forcée et une grande fatigue. Il est vrai que ce jeune homme avait assez fortement comprimé sa tumeur avec le bord de son chapeau.

Les *complications* des kystes sont assez rares.

Nous devons signaler la distension rapide de la tumeur par un liquide séreux, accident qui peut présenter des difficultés de diagnostic. A la suite de cette distension on voit souvent la tumeur s'enflammer et suppurer.

La suppuration des loupes arrive le plus souvent, chez les femmes, obligées de se servir d'un peigne, dont les dents ulcèrent le sommet de la tumeur. La peau devient adhérente et rouge. La pression réveille une vive douleur. Au bout de quelques jours, la peau s'amincit, se tend et se perfore. Par l'orifice, s'écoule un liquide très fétide. Cette inflammation peut être un moyen de guérison, les parois de la poche contractent des adhérences, la suppuration se tarit et la tumeur ne se reproduit plus.

Dans d'autres cas, il se forme une fistule qui n'a aucune tendance à se fermer. Si cependant elle se ferme, la tumeur reprend rapidement son volume primitif, si elle ne se ferme

pas l'orifice de la fistule devient tôt ou tard l'origine d'un phlegmon ou d'un érysipèle.

On discute encore pour savoir, si la loupe peut être l'origine d'un épithélium, nous avons à propos de l'anatomie pathologique, discuté cette question. Il semble que la transformation ne survient guère que sur des loupes restées longtemps fistuleuses. C'est à ces cas de transformation que l'on doit rattacher cette grave complication : l'ouverture des os du crâne. Cruveilhier a cependant publié l'observation suivante où il rejette absolument le diagnostic de cancer :

« Une femme de 68 ans portait au cuir chevelu un très grand nombre de tumeurs d'un volume très variable, dont la plus ancienne datait de 30 ans. Cette dernière, la plus volumineuse de toutes, s'était depuis longtemps ulcérée. A sa base la voûte du crâne était détruite, et les battements du cerveau soulevaient le fond de l'ulcère. Cette affection avait été prise pour un cancer durant la vie de la femme. A l'ouverture du corps, on ne trouva de cancer dans aucun point de l'économie. L'ulcère, étudié par le secours de la dissection, n'a présenté aucun tissu de mauvaise nature. Le microscope n'a révélé aucun élément cancéreux. Au niveau de l'ulcère, il existait une grande perte de substance des os du crâne dans une étendue de 7 centimètres sur 5. La circonférence de cette perforation était très irrégulière, très mince, présentant çà et là quelques avances osseuses et quelques lamelles nécrosées ».

On peut voir aussi une corne se développer sur la paroi d'un kyste sébacé.

### Pronostic.

S'il est un pronostic bénin, c'est évidemment celui des kystes sébacés. Ces tumeurs sont toujours indolentes, car la souplesse de la peau les empêchent de comprimer les troncs nerveux, et elles ne portent aucune atteinte à la santé générale.

Le pronostic est légèrement assombri par la possibilité d'une transformation en cancroïde ; c'est à ces cas de dégénérescence ou bien à des kystes dermoïdes que l'on doit rattacher la perforation des os du crâne que quelques auteurs ont décrit parmi les complications de la loupe.

Les kystes sébacés siégeant sur les parties découvertes, crâne, face, causent une difformité qui engagent les malades à s'en débarrasser. Il en est de même de leur ulcération qui ouvre la porte à tous les accidents d'ordre septique.

Par leur volume qui tend toujours à augmenter ils gênent le port d'un chapeau, et sont une cause de calvitie.

Nous signalerons les cas de kystes sébacés généralisés, plusieurs centaines de kystes chez un même individu, ce qui constitue une véritable infirmité. Autrefois le pronostic devenait plus sombre le jour où le malade se décidait à faire enlever son kyste, car ainsi que l'écrivait Guersant « il ne se passait pas d'année où cette petite opération n'entraînât la mort de plusieurs malades.

### Diagnostic.

Les caractères des kystes sébacés sont d'une grande banalité, aussi n'est-il pas rare de voir faire une erreur de diagnostic.

Il est nécessaire, cependant, si l'on veut employer l'anesthésie locale, d'avoir un diagnostic sérieusement établi.

L'anesthésie par la cocaïne ne permet qu'une opération de courte durée, la cocaïne n'agit que sur les tissus où le liquide de l'injection a pénétré, aussi l'on causera de vives douleurs au malade, si au lieu d'un kyste sébacé, l'on se trouve en présence d'un kyste dermoïde ou d'un épithélium méconnu. Ces tumeurs présentent d'intimes connexions avec les plans profonds, les os en particulier, l'adhérence est intime, aussi la dissection sera-t-elle parfois très difficile, le bistouri ne suffira pas, l'on devra s'armer de la rugine et de la curette pour détacher les adhérences. La durée de l'opération sera considérablement augmentée, le malade se plaindra et le chirurgien gêné par les cris et les mouvements du patient risquera fort de faire une opération incomplète. C'est pour cela que nous avons cru utile d'indiquer les caractères des diverses tumeurs qui peuvent simuler le kyste sébacé.

Si l'on adopte les idées de F. Franke, qui assimile tous les kystes sébacés aux kystes dermoïdes, le diagnostic entre ces deux sortes de tumeurs, devient inutile et dans ce cas, pour déterminer la durée et la difficulté de l'intervention, l'on ne pourra se baser sur des données assez vagues four-

nies par la palpation de la tumeur et la recherche de ses adhérences aux plans profonds. Lorsque l'on aura affaire à ces cas difficiles, il faudra en finissant l'anesthésie ne pas oublier d'envoyer vers les plans profonds quelques gouttes de la solution de cocaïne.

Le diagnostic des kystes sébacés est différent, suivant que l'on aura affaire à une tumeur siégeant au crâne ou sur le reste du corps.

Sur le tronc, le siège de la tumeur peut nous donner une notion utile pour le diagnostic. Nous devons nous rappeler que les kystes sébacés siègent presque exclusivement dans les régions où M. Arnozan a limité le maximum de sécrétion graisseuse. Ces régions, nous les avons indiquées au chapitre de l'anatomie pathologique.

On devra toujours hésiter à poser le diagnostic de kyste sébacé, lorsque l'on aura affaire à une tumeur siégeant en des points où les glandes sébacées n'existent pas, à la paume des mains et à la plante des pieds par exemple. Sur le tronc, l'on pourra confondre le kyste sébacé avec le fibrome mou non pédiculé. Le fibrome est parfois douloureux, le kyste sébacé ne l'est jamais lorsqu'il n'est pas enflammé. Le traitement du fibrome étant le même que celui du kyste sébacé, il ne faudra plus hésiter à enlever une tumeur présentant les caractères communs à ces deux affections.

Le lipome présente des limites moins nettes que celles du kyste sébacé. A la palpation on sentira une surface lobulée et grenue. « En appliquant de la glace à la surface de la tumeur on peut s'il s'agit d'une tumeur graisseuse, la congeler et déterminer des modifications de consistance caractéristique » (Quénu, *Traité de Chirurgie*).

La gomme syphilitique sous-cutanée peut simuler un kyste sébacé, l'on recherchera avec soin les antécédents du malade et l'on attendra que l'évolution de la tumeur assure le diagnostic.

Sédillot (1) a enlevé un kyste sébacé qui occupait la fossette sternale, et s'engageait assez loin dans la poitrine ; les battements de la crosse de l'aorte et du tronc brachio-céphalique communiquaient à la tumeur des mouvements de pulsation qui l'avaient fait considérer comme un anévrysme.

Dans le service de Trélat, un kyste sébacé de la paroi abdominale fut pris pour un sarcome. Broca rapporte ce cas dans le *Traité de Chirurgie*. « La tumeur était intra-cutanée, grosse comme une mandarine, arrondie, un peu bosselée et sur deux bosselures présentait une coloration d'un noir violacé ; deux ou trois grosses veines bleuâtres rampaient à sa surface ; la consistance était un peu élastique mais non fluctuante. Un léger engorgement ganglionnaire inguinal existait. Or la tumeur une fois enlevée, fut trouvée constituée par une poche mince, distendue par un liquide séreux un peu hématique qui, vu par transparence, était la cause des bosselures foncées. L'examen histologique de la poche a montré qu'il s'agissait d'un kyste sébacé ».

Velpeau (2) a vu un kyste sébacé qu'on avait cru être un ostéo-sarcome.

Au crâne, la plupart de ces causes d'erreur sont éliminées ; deux tumeurs ; cependant, les méningocèles et les encéphalocèles présentent des caractères assez semblables à ceux des kystes sébacés.

(1) SÉDILLOT, *Méd. opératoire*, t. II.

(2) VELPEAU, *Méd. opératoire*, t. III, p. 148.

Nous devons nous rappeler que ces tumeurs sont congénitales et siègent toujours sur les lignes de suture.

Faut-il faire le diagnostic entre les kystes sébacés et les kystes dermoïdes ? M. Broca qui semble partisan des idées de Franke sur l'origine des kystes sébacés juge que ce diagnostic est inutile. Il nous a semblé qu'il était nécessaire de l'établir pour régler la difficulté probable de l'intervention.

Le diagnostic se fera surtout par l'étude du siège de la tumeur. Les kystes dermoïdes d'après la théorie de l'enclavement de Verneuil siègent au niveau des fentes branchiales. Ils s'observent surtout au pourtour de l'orbite, près de la queue du sourcil, près de la racine du nez, au crâne, dans le voisinage des sutures osseuses, enfin au scrotum et dans les parois du thorax et de l'abdomen. Les kystes dermoïdes sont tous congénitaux, si pendant l'enfance ils peuvent passer inaperçus, au moment de la puberté ils augmentent très souvent de volume.

Leur forme n'est pas aussi arrondie que celle des kystes sébacés ; ils sont souvent multiloculaires.

Mais le vrai signe que l'on devra rechercher avec attention, car il est important pour l'intervention, c'est l'adhérence aux plans profonds, aux os en particulier. En cas d'adhérence manifeste et étendue, il ne faudra pas hésiter à donner le chloroforme au malade que nous voulons opérer.

## Traitement.

HISTORIQUE. — Avant la découverte des anesthésiques et la pratique de l'antisepsie, le traitement des kystes sébacés est soumis à une double influence. Le chirurgien craint la suppuration et son cortège de graves accidents, le malade redoute la douleur.

Cependant les grands chirurgiens confiants dans leurs aides et leur habileté indiquent très formellement l'ablation au bistouri comme traitement de choix. Mais dans la pratique, leurs conseils devaient être bien peu suivis car nous voyons les vieux *Traité de Chirurgie* ne consacrer que quelques lignes à l'opération sanglante, et au contraire s'appesantir très longuement sur tous les procédés qui permettent d'enlever le kyste sans effusion de sang.

On pourrait placer en tête de la thérapeutique chirurgicale ancienne ces paroles de J. L. Petit : « L'inflammation et la suppuration, la pourriture et la gangrène même font souvent des cures que la prudence ne nous permet pas d'entreprendre et auxquelles nous ne réussirions pas : heureux le malade dont le chirurgien qui, capable de profiter de ces accidents, s'en sert comme de moyens ou d'instruments pour arriver à ses fins (1) ».

Nous ne ferons que signaler les moyens de guérir les kystes sébacés par un traitement général. Malgré un insuccès presque complet on employa les saignées générales, les

(1) J. L. PETIT, *Œuvres chirurgicales*, tome II.

sangsues sur la tumeur, les vomitifs, la diète et les purgatifs.

En 1767, l'Académie de chirurgie, propose comme sujet de concours un « Essai sur les loupes ».

Chopart remporte le prix ; son mémoire fort intéressant est publié en entier dans les comptes rendus de l'Académie royale.

Sous le nom de loupes, Chopart comprend toute une série de tumeurs aujourd'hui décrites à part. C'est ainsi que l'on voit les kystes sébacés, les kystes dermoïdes, les lipomes, certains épithéliomas nettement récidivants, classés dans le même chapitre comme des états différents des loupes.

Le chapitre du traitement est traité avec un grand luxe de détails et un ordre parfait.

Pour enlever une loupe, il existe selon Chopart six moyens principaux : la résolution, la suppuration, la ligature, la cautérisation, l'extirpation et l'amputation.

La résolution est surtout indiquée dans les loupes à contenu liquide (mélécéris). On peut l'obtenir par divers procédés, les uns d'ordre tout mécanique, les autres utilisant les propriétés résolutives de quelques substances.

Comme moyen mécanique, on pouvait choisir des coups violents portés sur le kyste avec une pièce de bois, Ambroise Paré voulait que le chirurgien fit éclater entre ses doigts l'enveloppe kystique, le massage consistant surtout en frictions et flagellation. Quelques auteurs préconisaient la compression avec une lame de plomb frottée de mercure.

La liste des emplâtres résolutifs est bien longue, la richesse de cette thérapeutique montre bien son inefficacité. Sur un kyste on appliquait tour à tour des cataplasmes d'oseille cuite sous la cendre ou de feuilles et de racines de bardane mêlées aux quatre farines résolutives, des emplâtres de ciguë, de dia-

botanum, de cyclamen, de concombre sauvage, d'huile de scorpion. L'emplâtre de ciguë devait réussir en cas d'erreur de diagnostic, nous avons vu dans le service de M. Jules Simon, l'emplâtre de ciguë dissiper rapidement des engorgements ganglionnaires liés à la scrofule.

La suppuration doit être complète dit Chopart. La poche membraneuse doit être irritée, enflammée et ulcérée dans toute son étendue, sans cette précaution, il restera des fistules; ce moyen thérapeutique est indiqué surtout dans les loupes volumineuses à base très large.

La suppuration s'obtenait soit avec des emplâtres suppuratifs (moyen détestable dit Chopart), soit avec des injections ou des sétons.

Pour les injections on employait l'esprit-de-vin, les solutions de nitrate d'argent et bien d'autres substances; mais le moyen de choix était le séton.

Le séton formé de pièces de linge effilé était passé en croix si la loupe était volumineuse, dans le cas contraire on n'en passait qu'un seul.

Pour éviter la douleur ou plutôt l'effusion de sang on préparait le passage du séton par une application de pâte escharotique sur les parties latérales de la tumeur. On renforçait son action en enduisant le linge d'onguent égyptiac.

Plus tard les idées de Bichat, qui comparait les kystes à une séreuse enflammée dont il fallait réunir les deux feuillets, remirent le séton en honneur. Broca passait dans le kyste un ou plusieurs fils de soie ou d'argent qu'il laissait une dizaine de jours.

D'après les mêmes principes Eug. Bœckel injectait dans

les kystes avec une seringue de Pravaz, une solution de tartre stibié au trentième.

La ligature était très employée pour les kystes à base étroite. Ce traitement devait être fort douloureux. On circonscrivait la base de la tumeur, par une traînée de potasse caustique ; dans l'escharre linéaire ainsi formée, on plaçait un fil que chaque jour on serrait un peu plus.

Ce traitement était fort long et très douloureux.

Les *caustiques* étaient fort employés pour la cure des loupes.

Chopart, Boyer, Dupuytren, Cloquet, Marjolin, Bœcquel, Richet, Ténon, le professeur Lefort, M. le professeur Tillaux les ont préconisés.

Autrefois, ils étaient employés pour éviter une cicatrice difforme, la chose paraît aujourd'hui paradoxale ; plus tard, on les employa surtout pour éviter les chances d'infection.

La potasse caustique tient le premier rang, parmi les caustiques les plus employés. On la plaçait au sommet du kyste ou bien on la faisait pénétrer en dissolution à l'intérieur de la tumeur.

Avec la potasse caustique on employa tour à tour la pâte de Vienne (François de Strasbourg, Küss), le beurre d'antimoine, la pierre à cautère.

Chopart employa une fois le sublimé corrosif, 8 grains. Il y eut production d'une escharre noirâtre, suivie d'un œdème considérable et d'une fièvre intense. Ces accidents effrayèrent assez Chopart, pour qu'il ait recommandé de ne pas renouveler cette tentative. Le sublimé fut cependant employé depuis et provoqua des accidents d'empoisonnement.

Nous avons déjà signalé le tartre stibié employé par Bœcquel.

Richet (1) recommandait le chlorure de zinc qui a amené des accidents forts graves, phlegmon et nécrose du pariétal (2).

Le professeur Le Fort employait l'acide nitrique mono-hydraté, procédé renouvelé de Jobert de Lamballe et de Tenon.

Les caustiques agissaient en produisant une ouverture au sommet du kyste, par cette ouverture, on enlevait la poche kystique. Souvent le caustique pénétrait plus avant, amenait une suppuration étendue et après quelques semaines la guérison avait lieu. Il est évident que dans la plupart des cas la cicatrice devait être difforme et les souffrances très vives. Ce procédé ne mettait nullement à l'abri des complications les plus graves, érysipèle, phlegmon, infection purulente et dans bien des cas, il n'amenait pas la guérison.

L'*extirpation au bistouri* a toujours eu ses partisans plus convaincus, il est vrai, en théorie qu'en pratique de son efficacité.

Nous ne ferons que signaler le procédé vraiment barbare de Chopart qui amputait la loupe. Cette intervention faisait une plaie énorme, très lente à cicatriser et ouvrait la porte à toutes les complications.

Les procédés préconisés pour l'ablation au bistouri sont fort nombreux.

Boyer incisait la peau sans toucher au kyste et l'arrachait d'un seul coup.

Dupuytren y passait un fil pour le soulever.

« Blandin, l'incision faite et la peau renversée en dehors,

(1) *Gaz. des hôpitaux*, 1869.

(2) LECOQ, Thèse Paris, 77.

enlevait les kystes sébacés peu volumineux du cuir chevelu, en engageant la pointe d'une spatule, sous la tumeur, qu'il arrachait brusquement d'un seul coup, par un mouvement de bascule de l'instrument (1) ».

Astley, Cooper et Jobert de Lamballe embrochaient la tumeur. D'un seul coup de bistouri ils fendaient la peau et pénétraient dans le kyste. Ils le vidaient, et à l'aide des doigts, arrachaient les deux moitiés de la capsule, adhérente à la peau (2).

En un mot les anciens opérateurs avaient surtout pour but d'opérer rapidement, élégamment, en évitant le plus possible l'effusion de sang. De nos jours, grâce à l'anesthésie locale, il y a tout avantage à conduire l'opération avec plus de lenteur.

Malgré la répugnance bien naturelle des médecins, à publier leurs insuccès, les recueils de chirurgie relatent un grand nombre de faits où la mort fut la conséquence de l'intervention.

Cooper, dans son *Mémoire sur les tumeurs enkystées*, signale de nombreux cas d'érysipèle et un cas de mort.

Nélaton dit dans son *Traité de pathologie chirurgicale* : « L'extirpation est la méthode la plus sûre ; mais comme l'incision, elle expose à l'érysipèle du cuir chevelu, accident qui a plusieurs fois amené la mort. »

Velpeau, dans son *Traité de médecine opératoire*, cite deux cas mortels.

Guersant disait (*Gazette des hôpit.*, 1854) « qu'il n'est pas d'année qu'il ne meure un individu auquel une loupe a été

(1) SÉDILLOT, *Médecine opératoire*.

(2) MALGAIGNE, *Médecine opératoire*.

extraite par le bistouri, l'érysipèle survenant souvent après cette intervention. »

Follin, dans son *Traité de pathologie externe*, Malgaigne dans son *Manuel de médecine opératoire* émettent les mêmes idées.

M. le professeur Tillaux a perdu un malade auquel il avait enlevé une loupe par l'instrument tranchant : « Depuis ce moment, dit-il, j'ai renoncé à ce mode de traitement, et je n'emploie plus que les caustiques (1) ».

En présence de ces nombreux exemples, guidés par des conseils partis de si haut, on comprend l'hésitation du chirurgien en présence d'une loupe.

Depuis le perfectionnement des méthodes antiseptiques, il est permis de rejeter toute crainte et de ne jamais hésiter à enlever une loupe, par le bistouri, pour peu qu'elle gêne un malade.

Tous les inconvénients que je viens de signaler ont disparu, plus de cicatrices difformes, plus de suppuration, plus d'érysipèles.

C'est en vain que l'on chercherait dans la littérature médicale contemporaine un cas de mort après l'ablation d'une loupe. Nous sommes persuadés qu'il ne s'en est pas produit et qu'il ne peut arriver d'accidents, que si l'on a négligé les précautions antiseptiques.

Les deux causes qui devaient nous empêcher d'opérer un kyste, sont donc aujourd'hui écartées.

Plus de douleur, grâce à l'anesthésie locale ou générale, plus d'accidents septiques, grâce à l'antisepsie.

Le traitement seul rationnel est donc aujourd'hui l'inci-

(1) *Société de Chirurgie*, 15 octobre 1873.

sion au bistouri, l'énucléation du kyste après destruction des adhérences et la suture de la peau.

Sauf un âge très avancé ou quelque grave maladie compromettant la nutrition du malade, il n'y a pas de contre-indications. On évitera l'opération chez les diabétiques.

Chez les malades atteints d'une lésion organique du cœur, on évitera l'anesthésie générale et le chlorure d'éthyle, sera employé de préférence à la cocaïne, comme anesthésique local. Chez les femmes à tempérament nerveux et facilement impressionnables, il sera utile, d'agir avec de grandes précautions, on a vu en effet la frayeur, l'appréhension être assez fortes pour entraîner une mort subite.

La veille de l'intervention on devra purger le malade la constipation le mettant, d'après J. L. Petit, dans un état d'infériorité manifeste pour subir une opération.

#### ANESTHÉSIE.

L'ablation des kystes sébacés doit toujours être faite sans douleur. Les anesthésiques soit locaux, soit généraux, offrent trop d'avantages pour qu'entre les mains d'un chirurgien prudent, leur usage ne soit pas étendu aux plus petites opérations.

Quel anesthésique devra-t-on choisir ?

Deux considérations doivent nous dicter la réponse : 1) la durée de l'intervention ; 2) l'étendue du champ opératoire.

L'intervention sera longue s'il s'agit d'une loupe ulcérée depuis longtemps. Le chirurgien ne doit plus admettre la suppuration comme un moyen thérapeutique. En présence

d'une loupe ulcérée dont il ne pouvait enlever l'enveloppe que par lambeaux, Clopart abandonnait le bistouri et par de savantes applications de caustiques détruisait les tissus rebelles, redonnait à la peau percée de fistules une nouvelle vitalité. Aujourd'hui, la curette ira déterger toutes les surfaces douteuses ; l'intervention sera plus longue, et nécessitera le plus souvent l'emploi du chloroforme.

Il en sera de même, lorsque la loupe sera très volumineuse, que l'on aura à craindre une hémorrhagie abondante, difficile à arrêter. Dans ces cas, la difficulté que l'on aura à insensibiliser une longue incision, sera une raison de plus pour choisir l'anesthésie générale.

Malheureusement les méfaits du chloroforme sont universellement connus et beaucoup de malades refuseront de se laisser anesthésier pour une aussi petite opération. Le médecin, lui-même, hésitera devant les troubles digestifs et la dépression qu'amènent les inhalations chloroformiques ; aussi nous a-t-il paru intéressant de signaler ici les nombreux avantages de l'anesthésie par le bromure d'éthyle.

Cet anesthésique a fait ses preuves. M. le professeur Terrier s'en sert journellement et MM. Terrillon (1), Périer et Verneuil l'ont expérimenté avec succès dans leurs services. Voici d'après Dilsch (2) quelles sont ses principales propriétés.

1<sup>o</sup> Il agit très rapidement, deux ou trois minutes suffisent pour que l'anesthésie soit complète.

2<sup>o</sup> Son action est extrêmement fugace. Le malade recouvre sa sensibilité quelques minutes après la cessation des inhalations.

(1) TERRILLON, *Soc. de Chirurgie*, 1880.

(2) BOYALS, *Th. de Paris*, 91.

3° Les vapeurs ne sont pas irritantes. Il est bien toléré par tout le monde.

4° On observe rarement des effets désagréables comme par exemple, nausées, vertiges si fréquents, après le sommeil chloroformique.

5° Le médicament est-il pur il ne survient jamais d'effets nocifs par son emploi.

6° Dans la plupart des cas, le pouls et la respiration restent normaux.

L'anesthésie par le bromure d'éthyle est donc indiquée dans les opérations sur les kystes sébacés ; grâce à ce médicament les troubles dus à l'anesthésie ne seront pas plus sérieux que les suites de l'opération.

L'emploi du bromure d'éthyle est tout différent de celui du chloroforme. Il est indispensable d'administrer dès le début de l'anesthésie des doses massives. Un masque de flanelle recouvrira complètement le nez et la bouche de l'opéré, on versera d'un seul coup en inhibant toute la flanelle, 15 à 20 grammes de bromure d'éthyle.

La dose sera moins considérable pour les enfants et variera avec la durée d'anesthésie que l'on veut obtenir.

Sous l'influence de cette quantité de bromure d'éthyle, le malade est sidéré, sa face rougit, la partie supérieure du tronc se congestionne, les pupilles se dilatent et la résolution arrive.

C'est le moment d'opérer, il faut le faire aussi rapidement que possible, car la période d'insensibilité n'est pas très longue.

Au réveil on ne constate qu'un peu d'hébétude, le malade

est comme enivré, il titube, il souffre quelquefois d'une céphalalgie de peu de durée.

On pourra donc employer le bromure d'éthyle mais non sans exercer une surveillance active de la respiration du malade car malheureusement cet anesthésique a produit un certain nombre d'accidents.

L'anesthésie par l'éther n'offre pas d'avantages sérieux sur l'anesthésie par le chloroforme. L'éther est beaucoup moins employé et l'on trouvera difficilement autour de soi un chirurgien qui sache manier cet anesthésique.

Dans la grande majorité des cas, on doit employer l'anesthésie locale pour enlever les kystes sébacés, ces tumeurs sont de petit volume, toujours superficielles, ne présentant que peu d'adhérences aux plans sous-jacents, n'exigeant qu'une opération de courte durée et une incision de peu d'étendue, conditions très favorables à l'emploi de l'anesthésie locale. Il sera nécessaire d'avoir un diagnostic ferme car les kystes dermoïdes et certains kystes congénitaux siégeant au niveau des sutures temporo-occipitales, tumeurs que l'on pourrait prendre pour des kystes sébacés, ne pourraient être complètement enlevés sans douleur, en employant l'anesthésie locale. Ces tumeurs présentent de nombreuses adhérences aux plans profonds et il faut parfois s'armer d'une rugine, pour détacher de l'os les lambeaux de la paroi kystique.

M. Lucas Championnière nous citait un cas de tumeur congénitale, siégeant dans la région temporale, qui avait nécessité une intervention qui dura plus de trois quarts d'heure. La tumeur avait toutes les apparences d'un kyste sébacé.

Pour produire l'anesthésie locale, on a employé des moyens multiples ; aujourd'hui les méthodes les plus usitées sont basées sur la réfrigération des tissus et les injections hypodermiques *loco dolenti*.

La réfrigération employée depuis fort longtemps est aujourd'hui grâce à la simplicité des appareils un procédé de choix.

Nous sommes bien loin des mélanges réfrigérants composés de glace et de sel marin, voire même des appareils à pulvérisation d'éther, remplacés par le chlorure d'éthyle.

Le chlorure d'éthyle est aujourd'hui rendu très portatif ; on le trouve dans le commerce contenu dans des ampoules fermées à la lampe. Il suffit de briser l'extrémité effilée de l'ampoule et d'incliner le récipient pour que le chlorure d'éthyle sorte en un jet très fin. Divers constructeurs ont muni la pointe de l'ampoule d'un ajutage en cuivre ce qui permet d'utiliser le chlorure d'éthyle pour plusieurs interventions. Pour insensibiliser la peau avec le chlorure d'éthyle on doit projeter perpendiculairement ce liquide sur le tracé de l'incision, en tenant l'ampoule à 40 ou 45 centimètres de la région à opérer.

Le chlorure arrive en formant un fin brouillard ; après 3 ou 4 minutes de projection, la peau pâlit, devient très blanche. C'est le moment d'opérer. Chez quelques sujets la peau conserve sa teinte normale.

L'inconvénient du chlorure d'éthyle est de n'anesthésier que les parties superficielles.

Nous avons enlevé des kystes, en nous servant de cet anesthésique, généralement le malade n'accusait aucune douleur

pendant la section de la peau. La destruction des adhérences des kystes lui arracha quelques plaintes. La suture fut douloureuse.

Souvent la réfrigération produit des phlyctènes, nous n'en avons jamais observé sur la peau du crâne. On peut éviter cet inconvénient en étendant sur la peau une légère couche de vaseline.

Malgré le grand avantage du chlorure d'éthyle qui met à l'abri de tout accident d'empoisonnement ; pour nous, le procédé de choix pour l'anesthésie de la peau, est l'injection hypodermique de cocaïne.

Nous avons eu la bonne fortune d'assister dans le service de M. Reclus à un très grand nombre d'opérations faites avec la cocaïne. Dans presque tous les cas, malgré la durée de l'opération, la longueur de l'incision, les résultats furent décisifs. Les malades n'accusaient aucune douleur.

Nous avons trouvé dans quelques comptes rendus des cas d'insuccès d'anesthésie par la cocaïne ; le procédé opératoire n'était pas indiqué ou différait de celui indiqué par M. Reclus.

Ce procédé a été indiqué tout au long par M. Reclus dans la *Revue de Chirurgie*, 1889. La solution doit être très faible, 1 à 2 0/0. Dans le service de la Pitié on se sert couramment de la solution à 1 0/0.

Le titre de cette solution permet d'employer plusieurs seringues de Pravaz et de répartir la cocaïne sur toute l'étendue du champ opératoire.

Au point de vue de l'asepsie et de l'antisepsie, l'anesthésie à la cocaïne réclame certaines précautions. L'on devra toujours se servir de solutions préparées avec de l'eau stérilisée

dans des flacons stérilisés et de préparations qui soient de date récente (1).

« Nous sommes persuadés, écrit M. Schwartz, qu'un certain nombre de complications (inflammation, gangrène) qui ont été mises sur le compte de la cocaïne même doivent être mises sur celui de l'impureté de la solution. C'est donc un facteur auquel il faut attacher une grande importance ».

La seringue et son aiguille étant bien aseptiques, voici d'après M. Reclus comment l'on doit faire l'injection : « Sur le trajet de l'incision projetée avec l'aiguille de la seringue de Pravaz on fait une piqûre à la peau ; mais, pour ne point la traverser, il faut prendre bien soin de donner à l'instrument une direction presque parallèle à celle du tégument. Aussitôt que la pointe de l'aiguille est en plein derme, on pousse le piston de la seringue afin de faire sourdre quelques gouttes de liquide ; dès lors, si l'aiguille avance lentement, son passage ne peut plus être perçu par le patient, car la cocaïne qui sort de la pointe anesthésie les tissus où cette pointe va pénétrer.

« A partir de ce moment, on pousse d'une manière lente et continue la seringue tenue de la main droite entre le pouce et les trois derniers doigts, l'index placé sur le piston et l'aiguille chemine dans l'épaisseur de la peau qui présente toujours une certaine résistance ; si, brusquement, celle-ci vient à manquer c'est que l'aiguille a pénétré dans le tissu cellulaire : il faut alors donner à la seringue une direction tout à fait parallèle ; à la résistance nouvelle qu'éprouve l'aiguille en avançant, on reconnaît qu'elle est rentrée dans la trame serrée du

(1) SCHWARTZ, *La pratique de l'asepsie et de l'antisepsie en chirurgie.*

derme. Deux signes indiquent encore que l'on est dans la bonne voie : la peau se boursoufle légèrement suivant la ligne d'injection puis elle pâlit et revêt une teinte livide.

« S'il est besoin d'une traînée anesthésique quelque peu étendue, il faut après avoir retiré l'aiguille ordinaire, la repiquer au point où elle avait fini sa course ».

En réalité, M. Reclus ne pratique pas une injection hypodermique mais *intradermique*.

Le tracé cutané de l'incision anesthésié, il est utile d'envoyer vers la profondeur, sur les parties latérales de la poche kystique, une ou deux seringues, cette pratique évitera toute douleur en disséquant les adhérences possibles.

On devra attendre 4 ou 5 minutes avant de commencer l'opération pour laisser à la cocaïne le temps d'anesthésier complètement la peau.

L'anesthésie à la cocaïne doit-elle causer des accidents ? Non, à moins d'une « idiosyncrasie » toute spéciale et très rare.

Les accidents d'ordre septique (gangrène ou simple inflammation) seront évités en prenant les précautions indiquées plus haut pour assurer la pureté de la solution.

Les manifestations nerveuses de l'action de la cocaïne ne doivent-elles pas être mises sur le compte d'une trop grande impressionnabilité exagérée par l'émotion, la crainte de la douleur de l'anesthésie et de l'opération. Des cas célèbres et partout cités ont prouvé que la simple appréhension suffisait pour causer la mort avant toute tentative d'anesthésie.

Dans quelques cas et si le malade est très sensible à l'action de la cocaïne, aussitôt après l'injection de la première seringue, on observera les symptômes suivants : crises ner-

veuses revêtant le type hystérique. Légère excitation du cerveau amenant une loquacité semblable à celle produite par les alcooliques. Dilatation de la pupille, malaise, incoordination des mouvements, accélération des mouvements respiratoires et des battements cardiaques, élévation de la température, puis pâleur de la face, ralentissement du pouls pouvant être suivi de mort par paralysie respiratoire.

En présence de ces premiers symptômes, pâleur de la face avec accélération du pouls et de la respiration, on doit commencer l'opération. Le bistouri diminue immédiatement l'intensité de ces phénomènes soit parce que le sang a entraîné hors des tissus la cocaïne ou par choc opératoire ainsi que le croit A. Combe (1).

M. Reclus n'opère jamais ses malades que lorsqu'ils sont couchés complètement et débarrassés de tout vêtement trop serré. Ce chirurgien suggestionne très habilement ses malades ; pendant toute la durée de l'opération il leur adresse souvent la parole, leur persuadant que l'opération qu'ils subissent n'offre aucune gravité, que tout marche bien.

Si l'opération doit durer un certain temps, il est utile de faire boire au malade un verre de thé fortement alcoolisé. Dans le service de la Pitié c'est une précaution à laquelle on ne manque jamais. Une sonde plongeant dans le verre permet de faire prendre le liquide aux malades couchés.

L'inhalation de quelques gouttes de vinaigre ou d'ammoniaque dissipent rapidement les premiers symptômes d'intoxication.

Comme succédanés de la cocaïne on a proposé un certain

(1) *Semaine médicale*, Paris, 1893, p. 22.

nombre de substances dont les propriétés anesthésiques diffèrent peu de la cocaïne, mais qui n'ont pas été expérimentées sur une aussi grande échelle.

Nous citerons le phénate de cocaïne qui d'après Glück ne produirait jamais d'intoxication.

La tropa cocaïne.

L'ounabine et la strophantine dont les propriétés anesthésiantes ont été étudiées par M. Gley à la *Société de Biologie* en 1889.

#### ASEPSIE DU CHAMP OPÉRATOIRE.

La désinfection du champ opératoire est une des mesures les plus fondamentales quand il s'agit d'opérations aseptiques. La plupart des kystes sébacés que le chirurgien doit enlever siégeant au cuir chevelu ou à la face, régions le plus souvent couvertes de poils, la désinfection du champ opératoire présente quelques particularités que nous allons exposer rapidement.

Le premier temps de la désinfection est de raser soigneusement et dans une étendue assez considérable tous les poils ou cheveux qui entourent et recouvrent la tumeur. Nous sommes loin de la pratique que recommandait M. Verneuil dans le traitement des plaies du crâne qui consistait à nouer les cheveux pour réunir les deux lèvres de la plaie.

Si la peau n'est pas infectée, ce qui est le cas toutes les fois que l'on n'a pas affaire à une loupe ulcérée, on fera un lavage et un savonnage à l'eau bouillie chaude. M. Lucas Championnière emploie dans son service le savon ou l'eau de Panama. La peau du crâne étant souvent recouverte d'un enduit sébo-

rique abondant on ne devra pas hésiter à se servir de la brosse de chiendent contre-indiquée dans les autres régions à cause de la finesse de la peau.

Dans la plupart des hôpitaux, on regarde l'eau bouillie comme insuffisante pour rendre la peau aseptique, et on emploie avec le savon, une solution antiseptique de sublimé ou d'acide phénique. Cette pratique est peut être exagérée car c'est surtout par le savonnage énergique et le brossage que l'on nettoiera la peau. On doit avoir plus de confiance dans un lavage énergique à l'eau bouillie que dans une légère irrigation des tissus par une solution antiseptique. Les antiseptiques ne pénètrent pas les nombreux orifices glandulaires de la peau. D'après Lister cependant l'acide phénique étendrait son action dans la profondeur des tissus, d'où la pratique de ce chirurgien qui ne lave que très sommairement le champ opératoire, car il admet que la solution phéniquée employée pendant l'opération produira sur les tissus voisins une antiseptie suffisante.

Les dermatologistes obtiennent presque toujours des savonnages bien faits une action suffisante pour la guérison des maladies de la peau. Ils croient avec M. Bernier que ce moyen est le meilleur pour débarrasser la peau des agents pathogènes sans jamais l'irriter. La peau rendue bien nette on enlèvera les dernières matières grasses en la frottant avec une compresse stérilisée imbibée d'alcool à 40 degrés ou par un lavage à l'éther.

Après ce nettoyage, le champ opératoire sera recouvert d'une compresse plongée dans un liquide antiseptique jusqu'au moment de l'intervention. Dans le cas de loupe ulcérée, quand la peau est infectée depuis longtemps par la sup-

puration, on commencera par désinfecter soigneusement à l'aide de solutions antiseptiques fortes, l'ulcération. On choisira la solution de chlorure de zinc au 1/10, d'acide phénique au 1/20.

Il est nécessaire de laisser les tampons longtemps en contact, avec la partie malade. Le thermo-cautère peut rendre de grands services, par l'application de la lame rougie sur les parties ulcérées. Cette cautérisation se fera immédiatement avant l'intervention. Les procédés que nous venons d'indiquer sont empruntés pour la plupart à l'ouvrage de M. Schwartz « *Sur la pratique de l'asepsie* », ce sont ceux que nous avons toujours vus employer avec le plus grand succès.

Il est évident qu'avant de pratiquer l'intervention le chirurgien devra se désinfecter soigneusement les mains. On doit se rappeler que l'infection par contact est de beaucoup la plus fréquente.

La désinfection des mains comprend, d'après M. Schwartz plusieurs temps : 1° nettoyage des ongles à sec ; 2° lavage et brossage des mains au savon ; 3° brossage des ongles et lavage à l'alcool à 90° ; 4° lavage à une solution tiède de sublimé à 1 pour 1000 ou d'acide phénique à 5 0/0.

#### INCISION.

Le champ opératoire sera entouré de compresses de turlatane stérilisées par l'ébullition de façon à éviter au cours de l'opération la souillure des instruments ou des mains du chirurgien. On incisera la tumeur suivant son plus grand dia-

mètre, en évitant de crever la poche du kyste dont le contenu souvent fétide irait souiller les surfaces cruentées.

Le procédé d'incision elliptique, cernant la base de la tumeur, n'offre aucun avantage et est plus difficile à appliquer. Le sens de l'incision n'est pas indifférent, l'on devra toujours s'arranger, pour que l'une des extrémités de l'incision soit à la partie la plus inférieure de la tumeur de façon à ce qu'un drain placé à ce point assure un écoulement facile des liquides. On évitera ainsi toute formation de clapiers.

Jean Louis Petit recommande de ne pas couper obliquement la peau, les cheveux repoussant, dit-il, forment des pointes qui piquent et agacent les fibres nerveuses et peuvent par les impressions douloureuses qu'elles y font, occasionner les accidents les plus graves.

Dans les cas de loupes très volumineuses, on emploiera une incision en ellipse, semblable à celle qui est de règle pour l'amputation d'un sein atteint de carcinome. Dès que la peau sera incisée, des pinces hémostatiques arrêteront l'hémorrhagie. M. Lucas Championnière place sur chaque lèvre de la plaie, une longue pince qui, rejetée en dehors, fait par son propre poids l'office d'écarteur. Grâce à ce procédé, on pourra éviter l'emploi d'un aide, condition favorable pour une asepsie plus parfaite. On place sur le sommet de la tumeur une pince à griffes, les pinces de Kocher par exemple, cette pince servira à maintenir le kyste, à l'attirer au dehors. A l'aide d'une spatule, d'une sonde cannelée, voire même avec l'extrémité du doigt, on pourra rapidement détruire les adhérences du kyste et de la peau. Si les adhérences sont trop fortes, on les détruira à l'aide du bistouri ou des ciseaux courbes.

Dans les cas de loupes ulcérées, après avoir ainsi que nous l'avons dit, désinfecté autant que possible les points qui suppurent, on comprendra l'ulcération entre les deux branches d'une incision elliptique. A l'aide d'une pince, on attirera le kyste au dehors, l'entourant ainsi que les pinces d'une compresse ; l'on évitera ainsi la souillure des surfaces cruentées, et l'on pourra tenter la réunion immédiate.

L'hémorrhagie peut souvent devenir gênante surtout dans les opérations des loupes du cuir chevelu. Des éponges ou des tampons de ouate nettoieront le champ opératoire, on appliquera la pince de Péan ou mieux celle de Kocher. La dent dont cette dernière est munie donne une prise plus solide et l'empêche de glisser. On sait, en effet, combien les parois artérielles sont au crâne encastrées dans les tissus. Les hémorrhagies en nappes, s'arrêteront par compression, ou par action de l'acide phénique en solution forte. Les hémorrhagies artérielles s'arrêteront par la compression, la torsion ou la ligature. Souvent lorsque la pince de Kocher est enlevée l'hémorrhagie est arrêtée, mais il faut craindre une réouverture du vaisseau. L'adhérence de l'artère aux tissus voisins empêchant la rétraction des tuniques artérielles, l'artère peut garder son calibre normal et le caillot peu résistant être projeté au dehors. On a vu souvent l'hémorrhagie des parois du crâne arrêtée un certain temps par la compression, recommencer une ou deux heures après. On ne pouvait accuser que la constitution anatomique de la région. Cette constitution nous empêche encore de faire la torsion suivant le procédé de M. Tillaux, qui ne peut s'appliquer qu'aux grosses artères libres de toute adhérence serrée, plongée dans une atmosphère de tissu cellulaire lâche. Reste la ligature parfois très dif-

ficile, car le fil glisse fort souvent. C'est ce qui avait amené Dupuytren, suivant en cela l'exemple d'Ambroise Paré, à passer un fil au-dessous de l'artère. Ce fil ressortait sur la peau et était lié sur un bourrelet de diachylon.

M. Polaillon a employé ce procédé avec succès dans un cas d'ablation d'épithélium. La méthode antiseptique et le catgut nous permettent de modifier cette méthode. Avec l'aiguille de Reverdin, nous ferons passer un fil au-dessus ou au-dessous de l'artère, comprenant dans la ligature les tissus péri-artériels. Le catgut sera abandonné dans la plaie sans inconvénients.

On ne devra faire la suture, que lorsque la plaie sera complètement sèche, surtout si l'on veut éviter le drain et placer un pansement sec collodionné ainsi que nous le proposons plus loin.

Il est inutile de dire que l'on devra toujours faire la suture dans les cas de loupe non ulcérée. Dans ces cas la suture doit fermer complètement la plaie sans laisser de passage pour un drain qui est inutile si les règles de l'antisepsie ont été bien observées.

Quel genre de fil doit-on employer ? Soie catgut, ou crin de de Florence.

Peu importe pourvu que le fil n'apporte aucun germe avec lui. C'est pour cela que le crin de Florence doit être préféré car il est le plus facile à stériliser, il est aussi souple que la soie et ne coupe pas les tissus. On a accusé la soie d'infecter les points de suture. Si la loupe est très volumineuse il sera utile de réunir par des points de suture profonds et d'appliquer un pansement compressif ouaté.

Après l'ablation d'une loupe ulcérée, on ne pourra faire une suture complète de la plaie si l'on suit le procédé que nous avons indiqué plus haut. Il sera prudent de placer à la partie inférieure de la plaie un petit drain ou mieux une mèche de gaze iodoformée que l'on retirera au premier pansement, 48 heures après l'opération.

M. Kirmisson redoute la suture dans les plaies du crâne, il ne l'admet que lorsque la plaie est nette et toujours avec un drain.

#### PANSEMENT.

Après avoir opéré un kyste sébacé, opération fort simple, il faut éviter de compliquer les suites de l'intervention en obligeant le malade à porter un pansement volumineux qui l'empêchera de vaquer à ses occupations. Dans la grande majorité des cas, pour tous les kystes dont le volume ne dépasse pas celui d'une noix il sera inutile en raison de la brièveté de l'incision de recouvrir toute la tête du malade de ouate et de bandes. Quelles sont les qualités que doit présenter un pansement ? Il doit assurer une occlusion de la plaie assez complète pour que tout germe venu de l'extérieur ne puisse se déposer sur les lèvres de l'incision. Il doit exercer sur les téguments une pression élastique assez forte pour hâter l'absorption de tous les liquides épanchés, dans la cavité que remplissait la tumeur. Dans le cas où ces exsudats seraient en trop grande quantité le pansement doit permettre leur écoulement au dehors.

Le pansement doit enfin présenter une solidité suffisante pour que le malade ne puisse le déranger.

Il est évident que le pansement moderne composé de gaze antiseptique, de ouate et de bandes de tarlatane réunit merveilleusement ces conditions, mais pour la petite opération qui nous occupe nous devons éviter ainsi que l'écrivait Roux de Lausanne de faire « un emballage coûteux et encombrant » de la région. C'est pour cela, que ce chirurgien avait préconisé son pansement-suture. Une simple bande de gaze antiseptique était placée sur l'incision et maintenue par des points de suture supplémentaires, ce pansement a été employé par M. Schwartz. Ce chirurgien signale l'infection des points de suture au travers de la gaze même et cela dit-il, se conçoit facilement quand on songe que la soie ou le crin de Florence qui est à la surface, peut conduire vers la profondeur des germes infectieux qui pourront résister à l'antiseptique.

C'est pour cela que le pansement suturé ne doit être qu'exceptionnellement employé, il vaut mieux appliquer sur la plaie le pansement collodionné.

Avant son application, on fera sortir le peu de liquide qui se trouve sous la peau, en appuyant fortement sur la ligne de suture de haut en bas. Les liquides sortiront par l'angle inférieur de l'incision, on évite leur reproduction en maintenant un moment la compression. L'incision bien asséchée, on la recouvre d'une bande double de gaze iodoformée ou salolée.

Nous croyons qu'il n'est pas nécessaire de saupoudrer la ligne d'incision d'iodoforme ou de salol. Cette pratique d'après M. Lucas Championnière et plusieurs autres chirurgiens, retarde la cicatrisation, car les grains d'iodoforme s'insinuent entre les deux lèvres de la plaie et y jouent le rôle de corps étrangers.

Au-dessus de la gaze, on étend une forte couche de collodion rendue antiseptique par adjonction de 10 0/0 d'iodoforme ou de salol. On pourra pour activer la consolidation le mélanger avec quelques flocons de ouate. Nous n'appliquons pas directement le collodion antiseptique sur la plaie, car il a parfois une action irritante.

Ce pansement est fort solide il assure la compression et la protection de la plaie et permet une surveillance facile.

Le malade ne sera nullement incommodé et pourra sans inconvénients se livrer à ses occupations ordinaires. Nous avons vu appliquer fort souvent le pansement collodionné et presque toujours avec un plein succès, après 6 à 8 jours on peut enlever les points de suture ; si la réunion n'était pas complète il sera bon d'appliquer un emplâtre de Vigo qui assurera la protection de la cicatrice.

Il ne serait pas prudent d'employer le pansement collodionné pour les grosses loupes. On pourrait avoir de la rétention de liquide, mieux vaut dans ces cas appliquer un pansement ouaté compressif.

#### COMPLICATIONS.

Toute complication d'ordre septique est due à une faute d'antisepsie.

Si le malade que l'on vient d'opérer présente de la céphalalgie, de la fièvre. on devra défaire le pansement et procéder à un lavage antiseptique de la plaie. Le plus souvent tout rentrera dans l'ordre et la guérison ne tardera pas.

Si ces phénomènes persistaient, si les lèvres de la plaie

étaient rouges, mal réunies et laissaient suinter un peu de liquide ou de pus, il ne faudrait pas hésiter à enlever les points de suture, laver ensuite avec une solution antiseptique forte et à recouvrir la plaie d'un pansement ouaté légèrement compressif. La réunion se fera rapidement par deuxième intention.

#### OBSERVATION.

Nous aurions pu publier ici un grand nombre d'observations de kystes sébacés traités par l'incision et guéris sans le moindre accident. Cette publication nous a paru inutile, nous ne relatons que les résultats de la statistique de M. le professeur Terrier où sur 39 cas de kystes sébacés (dont 12 ulcérés), on a constaté une guérison complète huit jours après l'opération. Tous les cas et ils sont fort nombreux, que nous avons vu traiter dans divers hôpitaux, se sont terminés d'une façon aussi satisfaisante.



## CONCLUSIONS.

1° Les kystes sébacés sont des tumeurs bénignes qui n'ont aucune tendance à se résorber.

2° Il y a intérêt à les faire disparaître, car elles peuvent s'ulcérer, devenir l'origine d'un cancroïde et qu'elles causent une difformité par leur volume et leur situation généralement très apparente.

3° Tous les traitements, sauf l'ablation au bistouri doivent être rejetés.

4° On devra toujours opérer antiseptiquement et sans douleur, grâce à l'anesthésie locale par la cocaïne.

5° Ce traitement met à l'abri de tous les accidents autrefois signalés par les auteurs et amène une guérison rapide.

---

Vu :

Le Doyen,  
P. BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la thèse,  
F. GUYON.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*  
GRÉARD.

---



## BIBLIOGRAPHIE

---

- Th. Anger.** — *De la cautérisation dans les maladies chirurgicales.* Th. d'agrégation, Paris, 1869.
- Beurnier.** — *Nature et traitement des tumeurs sébacées.* Th. Paris, 1857.
- Bœcquel.** — *Gazette des hôpitaux*, 1864.
- P. Broca.** — *Traité des tumeurs.* T. II, Paris, 1869.
- A. Broca.** — *In traité de chirurgie de DUPLAY et RECLUS.* Tome I, 1872.
- Chopart.** — *Mémoire sur les loupes.* Acad. royale de chirurgie, 1774.
- Cochart.** — Thèse Paris, an XII.
- Cornil et Ranvier.** — *Manuel d'histologie pathologique.* 1876.
- Cruveilhier.** — *Anatomie pathologique.*
- Follin.** — *Traité de pathologie externe.*
- Franke.** — Ueber das Atherom. *Archiv. für klinische chirurgie*, 1887.
- Gissot.** — *Des loupes.* Th. de Paris, an XIII.
- Greuelle.** — *Kystes sébacés, traitement par les injections de tartre stibié.*
- Héron.** — *Extirpation des tumeurs loupeuses.* Th. Paris, an XI.
- Heurtaux.** — *Dict. de méd. et de chirurgie pratique*, art. kyste.
- Hunna de Hambourg.** — *Traité des maladies de la peau.*
- Lebert.** — *Traité d'anatomie pathologique.*
- Louis.** — *Dict. de chirurgie*, art. kyste. Paris, 1772.
- Lutz.** — *De l'hypertrophie générale du système sébacé.* Th. Paris, 1860.
- Malgaigne.** — *Médecine opératoire*, 8<sup>e</sup> édition.
- J. Petit.** — *Œuvres chirurgicales.*
- Reclus.** — *Revue de chirurgie*, 1889.
- Rognetta.** — *Revue médicale de Paris*, 1833.
- Sappey.** — *Traité d'anatomie.*
- Sedillot.** — *Médecine opératoire.*
- Testud.** — *Traité d'anatomie descriptive*, Paris.
- Tillaux.** — *Chirurgie clinique*, 1888.
- Velpeau.** — *Traité de médecine opératoire.*
- Lecoq.** — Thèse de Paris, 1877.





---

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne) 15-17, passage Verdeau, Paris.

---